

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DEL PACIENTE**  
**(Por favor, llene todas las secciones de esta solicitud)**  
**(Si algunas secciones no aplican a su caso, por favor escriba N/A)**

**PÁGINA 1: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Es el número de identificación que usa el programa con fines administrativos y para pagar sus gastos médicos. Es **importante** que el número sea el correcto para prevenir errores, por lo que si lo tiene, por favor envíe una copia de su tarjeta de seguro social. Si no tiene, por favor escriba **No SS#**. Se le asignará un número de identificación que encontrará en la carta con su nombre que enviará la oficina central.

**PÁGINA 1: RESIDENCIA EN MARYLAND** - Por favor, envíe una copia de **UNO** de los siguientes documentos en los que se pueda observar el nombre de quién solicita el programa y su dirección actualizada:

➤ ***Si SOLO tiene un apartado postal:*** *necesitará la carta de verificación del administrador de correos (pregunte por ella en la oficina de correos).*

- Licencia de conducir de Maryland
- Tarjeta de identificación del estado de Maryland
- Factura de un servicio público:
  - Factura de gas o electricidad
  - Factura de teléfono (solo teléfonos residenciales)
  - Factura de agua
- Contrato de arrendamiento
- Contrato de hipoteca
- Expedientes escolares
- Registro de vehículo
- Tarjeta de inscripción en el registro electoral
- Factura o recibo de los impuestos sobre bienes inmuebles
- Contrato de servicios residenciales, servicios de reparación
- Declaración del W-2 (con menos de 12 meses de expedición)
- Declaración de impuestos firmada (con menos de 12 meses de expedición)
- Cheque de pago o comprobante de pago con su nombre completo y dirección

**PÁGINA 2: CONDICIÓN MÉDICA ELEGIBLE: SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DE EXÁMENES ACTUALES AL MOMENTO DE LA SOLICITUD.** Puede obtener estas copias en la clínica, hospital o con su médico. El programa solo cubre condiciones precancerosas o cancerosas en la cérvix (cuello uterino) o en los senos.

**PÁGINA 3: INFORMACIÓN DEL SEGURO:** Si posee una cobertura médica **COMPLETA**, **no** es elegible para este programa. Si no ha solicitado la asistencia médica, insistimos en que lo haga. Por favor, vea las instrucciones incluidas en este paquete. Si posee una tarjeta del programa de planificación familiar o una tarjeta válida de beneficiario de Medicare, llene la solicitud y envíe una copia de su(s) tarjeta(s). Este programa puede ofrecer cobertura de beneficios que los programas de atención médica de Maryland no para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno o del cáncer cervical. Quien posea primas de Medicare pagas por ser beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado, no debe indicarlo ya que no recibe ningún beneficio de programas de atención médica.

- **Otros tipos de seguros:** Por favor, llene esta sección y envíe una copia de su(s) tarjeta(s). Es importante que marque **todas** las secciones que cubre su seguro. [El seguro de Medigap hace referencia a los seguros que cubren parte del monto total restante luego de que Medicare cubra su parte (AARP, Blue Cross o Blue Shield, etc.)].

**PÁGINA 3: ELEGIBILIDAD FINANCIERA** - Esta elegibilidad se basa en su **ingreso anual total**. De preferencia, debe adjuntar una copia **llena y firmada** de su última declaración **federal** de impuestos sobre la renta; ya que esta da información de la manera más precisa. De no poseer una copia, envíe uno de los siguientes documentos para cada uno de los ingresos que tenga, tales como: dos comprobantes de pago de un trabajo y documentos de manutención infantil.

- **W-2** - Su jefe puede dárselo.
- **Carta de derecho al seguro social:** La administración del seguro social la envía por correo cada mes de enero. Esta carta describe el monto que recibirá cada mes.
- **Dos comprobantes de pago:** Estos deben corresponder a dos pagos consecutivos o a dos pagos dentro de un mismo mes.
- **Carta notariada:** Esta carta indica que usted **no** trabaja y que **no** tiene ingreso **alguno**. Esta carta es un documento legal; por lo que un notario público debe sellarla y firmarla. Esto significa que, si se descubre que este documento es falso, **usted** deberá pagar cualquier gasto que el Estado haya cubierto.
- **Si recibe ingresos que no están sujetos a impuestos, como manutención infantil o cuidado temporal infantil, DEBE enviar los documentos legales que lo comprueben.**
- **Si está separado de su cónyuge, pero no posee un acuerdo de separación legal, DEBE enviar documentación que indique los ingresos de su cónyuge.**

**PÁGINA 3: COMPOSICIÓN DEL HOGAR** - Solo mencione a los miembros de la familia que describirse como dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta.

**PÁGINA 3: INGRESO FAMILIAR** - Por favor, mencione **todos** los ingresos que apliquen.

**PÁGINA 4: ACUERDO DEL PACIENTE** - Por favor, lea detenidamente este acuerdo puesto que la solicitud es un documento legal. Con su firma usted declara que: **(1)** las declaraciones que ha hecho son verdaderas; **(2)** el programa tiene su permiso para verificar la información enviada y **(3)** el programa tiene su permiso para divulgar su información médica, financiera y de seguros.

**Solicitud del paciente**

**PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICAL Y DE SENO**

Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland  
Administración para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Condición de la solicitud:  Solicitud nueva  Renovación de la solicitud

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)**

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino   
DD MM AAAA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Origen étnico: ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

Sí  
 No

Estado civil:  Soltero(a)/Nunca se ha casado  Casado(a)  Viudo(a)  
(Seleccione uno)  Separado (a) (debe proporcionar una copia del acuerdo de separación legal)  
 Divorciado (a) (debe proporcionar una copia de la sentencia de divorcio)

Raza: Si es multirracial, seleccione todas las razas que apliquen:

- Blanco
- Asiático
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Negro o afroamericano

¿El paciente tiene empleo?  Sí  No

De seleccionar "Sí", indique desde cuándo \_\_\_\_\_

De seleccionar "Sí", indique el lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿El cónyuge tiene empleo?  Sí  No

De seleccionar "Sí", indique desde cuándo \_\_\_\_\_

De seleccionar "Sí", indique el lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número, calle o apartado postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Poblado

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Condado de residencia

¿Es usted residente de Maryland?  Sí  No

Teléfono de domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre

Relación con el paciente:  Cónyuge  Padre  Hijo(a)  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE REMISIÓN**

Origen: (¿Quién le dio la solicitud?)

- Médico
- Hospital
- Usted mismo
- Amigo
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD:**

- BCC Screening Program
- STD
- Colposcopy
- Family Planning

Persona de contacto: (¿Quién lo refirió a este programa?)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido

**LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTA SOLICITUD ES CONFIDENCIAL**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Estado de Maryland**  
**Solicitud del paciente para el Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno**  
 (Página 3 de 4)

**ELEGIBILIDAD FINANCIERA**

Para determinar su elegibilidad financiera para este programa, es necesario reunir información relacionada con la composición del hogar y el ingreso familiar. **DEBE ADJUNTAR EVIDENCIA DE SUS INGRESOS** (De preferencia, su última declaración de impuestos sobre la renta. Sin embargo, los formularios W-2, la carta de derecho al seguro social, al menos 2 comprobantes de pago o una carta notariada que indique que “no tiene ingresos ni trabajo”, pueden ser adjuntados en lugar de la declaración de impuestos sobre la renta). Por favor, notifique al programa sobre cualquier cambio en la composición del hogar o en la información relacionada con los ingresos.

**COMPOSICIÓN FAMILIAR** (Por favor, indique los nombres y edades de todos los miembros de la familia descritos como dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta, al igual que su relación con el paciente (cónyuge, padre, hijo).

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Si hay más de cinco dependientes viviendo en su hogar, adjunte una lista de los dependientes descritos en su declaración de impuestos sobre la renta en la que indique sus nombres, edad y relación con el paciente.

Número total de personas en el hogar (incluyendo al paciente):

**INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO FAMILIAR**

	INGRESO (Por favor indique si es semanal, mensual o anual)			SOLO PARA USO OFICIAL DOCUMENTACIÓN
<b>Ingreso del paciente</b> (Incluye el seguro social y cualquier otro beneficio de jubilación)	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Ingreso del cónyuge</b> (Incluye el seguro social y cualquier otro beneficio de jubilación)	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Ingreso de los padres</b> (En caso de que el paciente sea descrito como un niño dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de los padres)	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Manutención infantil</b>	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Suplemento para el cuidado temporal infantil</b> (Si el niño está incluido en la composición del hogar)	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Seguro de desempleo</b> <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	Fecha de inicio: _____ Fecha término: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Compensación al trabajador:</b> <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	Fecha de inicio: _____ Fecha término: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Seguro por discapacidad del seguro social</b> <input type="checkbox"/> niño dependiente <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>Pensión alimenticia</b> <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$ .	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$ .	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
<b>INGRESO FAMILIAR TOTAL ANUAL</b>			\$ .	



ESTADO DE MARYLAND

# DHMH

Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland

*Larry Hogan, Gobernador - Boyd Rutherford, Vicegobernador - Van Mitchell, Secretario*

---

## Declaración del paciente

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que:

Por el momento, estoy desempleado y no recibo beneficios por desempleo, ayudas ni ingresos de ningún tipo. Vivo con mi(s) \_\_\_\_\_ (padres, amigo pariente, etc.) y solo recibo alojamiento y comida.

Recibo asistencia pública. Seleccione todos los campos que apliquen:

Cupones de alimentos

Asistencia en efectivo

Subsidio de vivienda

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

Notario público: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombramiento válido hasta: \_\_\_\_\_

1-877-4MD-DHMH (número gratuito) - TTY para usuarios con discapacidad - Servicio de retransmisión de Maryland 1-800-735-2258

Sitio web: [www.dhmh.maryland.gov](http://www.dhmh.maryland.gov)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Estado de Maryland**  
**Solicitud del paciente para el Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno**  
(Página 4 de 4)

**ACUERDO DEL PACIENTE**

(Por favor, léalo detenidamente antes de firmarlo)

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que cualquier declaración falsa podría ser sancionada bajo la ley federal o estatal y traería como consecuencia el rechazo de mi elegibilidad para el programa.

Autorizo al Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland y al Centro de Prevención y Control del Cáncer a que verifique la información que he dado en este formulario. Enviaré evidencia de cualquier información dada en este formulario si el programa lo requiere.

Acepto que se divulgue la información médica, financiera y de seguros relacionada con el diagnóstico o tratamiento pertinentes para mi cuidado a: el médico, la enfermera especializada, la enfermera anestesista, el hospital, la agencia de atención médica domiciliaria, el fisioterapeuta, la farmacia, la compañía de suministros médicos que haya elegido, el departamento local de salud encargado de remitirme al Programa de Tratamiento y Diagnóstico y al Departamento de Salud y Salud Mental de Maryland que administra dicho programa.

\_\_\_\_\_  
**Firma de quien solicita el programa**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona de contacto**  
(Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
**Nombre de quien solicita el programa**  
(Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
**Dirección de la persona de contacto**  
(Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la solicitud**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono de oficina de la persona de contacto**

**ENVÍE SU SOLICITUD COMPLETADA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:**

**Center for Cancer Prevention and Control  
Maryland Department of Health and Mental Hygiene  
Prevention and Health Promotion Administration  
P.O, Box 13528  
Baltimore, Maryland 21203-2399**

**Si tiene preguntas, por favor llame al 410-767-6787**

**ESTADO DE MARYLAND  
PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICAL Y DE  
SENO**

**HOJA INFORMATIVA**

*Este programa SOLO cubre los gastos médicos relacionados con el cáncer cervical y de seno.*

**¿QUIÉN ES ELEGIBLE?**

Para ser elegible, usted debe:

- Ser residente de Maryland (si se muda de Maryland, ya no será elegible) y presentar un certificado de residencia.
- Cumplir con los requisitos sobre el ingreso establecidos por el programa.
- Cumplir con los requisitos médicos.

*Nota: Quienes estén cubiertos por asistencia médica no son elegibles para este programa.*

**¿CUÁLES SON SUS RESPONSABILIDADES?**

Usted debe:

- Llenar y firmar la solicitud del programa, enviar una prueba de residencia de Maryland y un certificado de ingresos (si no posee un ingreso, debe enviar una carta notariada que lo certifique).
- Presentar la carta de "identificación" del programa cada vez que vea al proveedor del programa. **POR FAVOR, GUARDE LA CARTA ORIGINAL.**
- Verse solo con proveedores del programa. Puede determinar qué programas están disponibles llamando a su oficina local o a la oficina central en Baltimore. Usted cubrirá los gastos de proveedores ajenos al programa si estos elijen no participar en el programa.
- Informar al programa si:
  - Cambia su ingreso.
  - Cambia de seguro médico.
  - Cambia de dirección en Maryland o de número de teléfono.
  - Se muda a otro estado.
  - Tiene preguntas relacionadas con el programa.
- Renovar su solicitud del programa cada año si se le encuentra un cáncer cervical o de seno o si sigue padeciendo una anomalía cervical o en el seno que requiera más tratamiento.
- Es posible que deba llenar una solicitud para la asistencia médica de Maryland si el programa considera que es potencialmente elegible.

## ¿QUÉ SERVICIOS MÉDICOS SE CUBREN?

El programa solo cubre servicios relacionados directamente con el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical o de seno. Estos incluyen:

- Exámenes para detectar el cáncer de seno (procedimientos de diagnóstico como ultrasonidos, biopsia del seno, etc.).
- Procedimientos relacionados con el tratamiento del cáncer de seno (lumpectomía, mastectomía, radioterapia o ser parte de un estudio de investigación).
- Exámenes para detectar el cáncer cervical (procedimientos de diagnóstico, como la colposcopia o la biopsia cervical).
- Procedimientos relacionados con el tratamiento del cáncer cervical (crioterapia, láser, histerectomía, etc.).
- Medicamentos relacionados con el tratamiento del cáncer cervical o de seno.
- Terapia ocupacional y fisioterapia para el cáncer cervical o de seno.
- Pelucas.
- Equipos médicos (una prótesis externa cada 3 años, dos sostenes de mastectomía al año, camas de hospital, etc.).
- Reconstrucción de seno (NO se cubrirán la reconstrucción o tatuajes del pezón).
- Otros gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento (exámenes de laboratorio, radiografías o atención hospitalaria).

## ¿QUÉ SERVICIOS NO CUBRE EL PROGRAMA?

- Citología vaginal.
- Accesorios para cubrir la cabeza que no sean pelucas.
- Procedimientos experimentales.
- Asistencias de atención médica en el hogar (sí se cubren los gastos de enfermeras de asistencia médica en el hogar y fisioterapeutas).
- Transporte que incluya servicios de ambulancia.
- Medicamentos relacionados con otras condiciones que no sean el tratamiento del cáncer cervical o de seno (insulina, medicamentos para el corazón, etc.). Si el tratamiento para el cáncer cervical o de seno produce la necesidad de tratamiento para otras condiciones, el programa puede cubrir los gastos para esos medicamentos.
- Reconstrucción o tatuaje del pezón.
- Prueba genética.
- Mastectomía profiláctica (extirpación de un seno sin cáncer).

## ¿CÓMO FUNCIONAN LOS PAGOS CON ESTE PROGRAMA?

- El programa solo puede pagar a proveedores que hayan firmado un acuerdo escrito para participar en este programa. Estos proveedores pueden ser médicos, hospitales, farmacias, agencias de atención médica domiciliaria, laboratorios, centros quirúrgicos ambulatorios independientes, compañías de suministros médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- El programa paga directamente a los proveedores. (No se le hará ningún pago al paciente).
- Si no posee seguro, el programa paga al proveedor por los procedimientos relacionados con el tratamiento y diagnóstico del cáncer cervical o de seno que usted haya recibido.
- Si posee Medicare o un seguro privado, su proveedor enviará su factura primero a su seguro.
- Si posee Medicare o un seguro privado, el programa cubrirá los siguientes gastos:
  - El monto del coaseguro del paciente y cualquier otro copago.
  - Su deducible anual en caso de que aún no se haya pagado.
  - Servicios relacionados con el cáncer cervical y de seno que Medicare o su seguro privado no cubran.

### RECUERDE:

- Si tiene preguntas o recibe una factura, llame a su oficina local. Si no tiene un contacto local, llame a la oficina central al (410) 767-6787 y solicite una enfermera para el diagnóstico y tratamiento.
- El programa SOLO cubre servicios relacionados con el cáncer cervical o de seno.
- Debe verse con proveedores que trabajen con el programa.
- DEBE mostrar su carta de “identificación” con sello dorado cada vez que se vea con un proveedor del programa. Asegúrese de que el proveedor se percate de la sección “Enviar factura a:” de la carta de identificación.

**Entendemos que esta es una situación difícil para usted. Si califica para el programa, podemos ayudarlo al aligerarle parte de la carga monetaria de la atención médica.**

## Información importante sobre la asistencia médica

### Información sobre Medicaid

#### Ingreso total anual del hogar (aproximado)

Miembros de la familia	Adultos**	Niños (MCHP)	Niños (MCHP Premium*)		Mujer embarazada
1	\$16,104	\$24,623	\$30,808	\$37,577	N/A
2	\$21,707	\$33,190	\$41,527	\$50,650	\$41,527
3	\$27,310	\$41,756	\$52,245	\$63,723	\$52,245
4	\$32,913	\$50,323	\$62,964	\$76,797	\$62,964
5	\$38,515	\$58,890	\$73,682	\$89,870	\$73,682
6	\$44,118	\$67,456	\$84,400	\$102,943	\$84,400
Por cada persona adicional	\$5,602	\$8,566	\$10,718	\$13,073	\$10,718
Usted paga	\$0	\$0	\$52	\$65	\$0

En vigencia desde el 1° de marzo de 2014

\*El costo del MCHP Premium es por familia/hogar y por mes.

\*\*Padres, parientes encargados de cuidados y adultos sin hijos ni discapacidades menores de 65 años de edad.

### ¿Cómo solicitarlo?

- **Contacte a su departamento local de salud para obtener mayor información sobre la solicitud de Medicaid.**

#### Números de contacto de departamentos locales de salud

<b>Allegany</b>	(301) 759-5076	<b>Harford</b>	(443) 643-0343
<b>Anne Arundel</b>	(410) 222-4792	<b>Howard</b>	(410) 313-7500
<b>Baltimore City</b>	(410) 649-0521	<b>Kent</b>	(410) 778-7023
<b>Baltimore County</b>	(410) 887-2957	<b>Montgomery</b>	(240) 777-3120
<b>Calvert</b>	(410) 535-5400	<b>Prince George's</b>	(888) 561-4049
<b>Caroline</b>	(410) 479-8004	<b>Queen Anne's</b>	(410) 758-0720
<b>Carroll</b>	(410) 876-4916	<b>St. Mary's</b>	(301) 475-4275
<b>Cecil</b>	(410) 996-5126	<b>Somerset</b>	(443) 523-1700
<b>Charles</b>	(301) 609-6869	<b>Talbot</b>	(410) 819-5670
<b>Dorchester</b>	(410) 228-3294	<b>Washington</b>	(240) 313-3330
<b>Frederick</b>	(301) 600-1324	<b>Wicomico</b>	(410) 543-6944
<b>Garrett</b>	(301) 334-7720	<b>Worcester</b>	(410) 629-0164

- **Haga su solicitud en línea** en el sitio web: [www.marylandhealthconnection.gov](http://www.marylandhealthconnection.gov) o en [www.marylandSAIL.org](http://www.marylandSAIL.org)
- **Haga su solicitud por correo o fax** imprimiendo una solicitud del sitio web [www.dhr.state.md.us/blogi?p=96](http://www.dhr.state.md.us/blogi?p=96) y enviándola a su departamento local de servicios sociales.
- **Haga su solicitud personalmente** en su departamento local de servicios sociales.
- **Llame a la conexión de salud de Maryland** al 1-855-642-8572 (TTY 1-855-642-8573).